ГОУВПО

Нижегородская Государственная Медицинская Академия

Росздрава РФ

Факультет повышения квалификации врачей

Кафедра восстановительной медицины и рефлексотерапии

Курсовая работа

**Физиотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

**Руководители:**

зав.каф., д.м.н., проф.

Белоусова Т.Е.

асс.к.м.н.Исраелян Ю.А.

**Подготовил:** Ермолаева М.Ю.

Нижний Новгород

г.

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, характеризующееся общей морфологической особенностью - хронической язвой желудка или двенадцатиперстной кишки.

Язвенную болезнь можно наблюдать примерно у 10% населения. Она является социально - экономической проблемой для всех развитых стран и занимает ведущее место в структуре заболеваний органов пищеварения.

Смертность от язвенной болезни в разных странах колеблется от 6 до 9,7 случаев на 100 000 населения.

Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных, большое количество лекарственных препаратов, которые применяются в терапии, неуклонно растущая стоимость медикаментов ведут к поиску новых немедикаментозных средств лечения, а также к более широкому использованию альтернативных возможностей, имеющихся в арсенале традиционной восточной, ведической и древнерусской медицины.

Классификации язвенной болезни представлены несколькими вариантами. Они учитывают нозологическую самостоятельность, делятся по локализации язвенного дефекта, характеру течения, по сроку рубцевания, учитывают фазы течения заболевания, осложнения, наличие Helicobacter pylori или отсутствие инфекции.

Этиопатогенетические факторы заболевания многочисленны.

Наследственная предрасположенность - генетическая детерминированность массы париетальных клеток, генетические маркеры, (0I) группа крови. При первой группе крови (0) экспрессированы мембранные адгезионные рецепторы к Helicobacter pylori в значительно большей степени, чем у людей с другими группами крови и др.

Возникновение и последующие обострения язвенной болезни возможны «только в случае несоответствия факторов кислотно - пептической агрессии желудочного сока защитным возможностям слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки», считал В.Х. Василенко.

Язвенная болезнь является следствием нарушения равновесия между защитными факторами (секреция слизи, простогландинов, бикарбонатов, кровообращение, клеточное обновление) и повреждающими факторами (кислота, пепсин, Helicobacter pylori, желчные кислоты). Имеется тесная двусторонняя связь pH и Helicobacter pylori.

Влияние алиментарных факторов - острая пища, кофе, курение - способствуют ишемии гастродуоденальной слизистой оболочки.

Состояние нервной системы - один из важнейших, решающих моментов в возникновении язвенной болезни.

В настоящее время инфекция Helicobacter pylori считается главным этиопатогенетическим фактором язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в тоже время, данные, что в США 42% пептических язв не связаны с инфекцией.

**Схема патогенеза язвенной болезни.**

|  |
| --- |
| **ЦНС Нейро - гуморальная регуляции Генетические факторы** |
| **Факторы агрессии** | **Факторы защиты** |
| **Эндогенные** | **Экзогенные** |  |
| · Кислотно - пептический · Желчные кислоты · Лизолецитин · Ишемия · Нарушения моторики | · Helicobacter pylori · Крепкие алкогольные напитки · НПВП | · PgE2 (регулирует защиту слизистой оболочки) · PgI2 (обеспечивает адекватный кровоток) · Слой слизи (покрывает слизистую оболочку) · Бикарбонаты (нейтрализуют рН до 7) · Сурфактант подобные вещества **Факторы, способствующие регенерации:** · Миграция эпителиальных клетокПролиферация и дифференциация клеток из желудочных желез в функционально активные клетки.  |

Клиническая картина язвенной болезни зависит от локализации язвы. Основной симптом классической картины - это боль, которая может быть:

· ранняя, спустя пол часа после еды (локализация язвы в желудке),

· поздняя, через 1,5 - 2 часа после еды,

· голодные боли, через 6 - 7 часов после еды, которые исчезают после приема пищи (локализация в двенадцатиперстной кишке).

Частые симптомы - отрыжка, тошнота, рвота, изжога.

В последние годы появилось множество малосимптомных, атипичных клинических вариантов язвенной болезни. Рецидив язвенной болезни протекает с незначительным болевым синдромом или вовсе без него.

Изменился морфологический тип пациентов, страдающих язвенной болезнью. Если по наблюдениям старых авторов это были астеничные худощавые люди, то сейчас они могут иметь различное конституционное телосложение.

Для лечения язвенной болезни предложена тактика в двух направлениях:

1. достижение репарации язвы и устранение субъективных проявлений заболевания.

2. предупреждение последующих рецидивов язвенной болезни, причем наиболее эффективным из научно доказанных направлений является эрадикация Helicobacter pylori.

Основные препараты, применяемые для лечения язвенной болезни: Н2 блокаторы ( низатидин, роксатидин) и ингибиторы протонного насоса (рабепразол), гастропротективные средства ( цитопротекторы): коллоидные препараты висмута (де - нол), вентер, мизопростол.

Дополнительные препараты: антациды и репаранты (гастал, маалокс, апилак, прополис, масло облепихи, шиповника, пентоксил).

Лечение инфекции Helicobacter pylori - метронидазол, тинидазол.

Ведущая роль в формировании функционального состояния принадлежит центральной нервной системе, обеспечивающей конечное преобразование информации, ее семантическую оценку и выработку направленного, целевого ответа не только на существующую ситуацию, но и в предвидении последующих.

Функциональное состояние центральной нервной системы - понятие интегральное, представляет гомеостатическое регулирование организма представляет собой результат взаимодействия состояний всех входящих в систему элементов или результат сложнейшего взаимодействия организма, как целого со средой и взаимодействия во времени и пространстве всех его элементов между собой. В нем находят отражение качество процессов регулирования, определяющих в конечном счете эффективность деятельности.

Физиотерапевтическое лечение воздействует на все звенья патогенеза язвенной болезни. Нормализует состояние гипоталамо - гипофизарно - надпочечниковой системы.

Кортикостероидные гормоны действуют, согласовано с катехоламинами.

При стимуляции котехоламинами системы гипоталамус - гипофиз - корковое вещество надпочечников, во взаимодействии катехоламинов и кортикостероидов на уровне эффекторных органов.

Участие системы гипофиз - надпочечники в патогенезе язвенной болезни обусловлено влиянием симпатической части вегетативной нервной системы.

У больных язвенной болезнью повышается чувствительность коркового вещества надпочечников к факторам стресса и экзогенной стимуляции АКТГ.

Физиотерапевтические методики направлены на нормализацию функционального состояния вегетативной нервной системы. У больных с язвенной болезнью наблюдаются нарушения надсегментарных вегетативных образований, проявляющихся избыточной активностью и ослабляются системы, регулирующие антигравитационную функцию кровообращения. Нарушена адаптационная функция эрготропной системы. У больных наблюдается спастический и спастико - атонический симптомокомплекс.

При язвенной болезни не только повышается тонус парасимпатического нерва, но и снижается тонус симпатического нерва, быстрее истощается в условиях повышенного раздражения. Усиленная вагусная стимуляция вызывает гиперплазию желудочных желез с гиперсекрецией и одновременным ухудшением трофики и интенсивно функционирующей слизистой оболочки желудка.

При длительном действии факторов стресса на фоне наблюдаемых вегетативных дисфункций первоначально генерализованная ишемия слизистой оболочки становится фокальной, в пораженном участке происходит некротизация ткани, разрушение поверхностных капилляров и венул, эритродиапедез - вследствие этого образуются эрозии и острые язвы.

У здоровых людей отмечается снижение секреторной функции желудка в ночное время, а у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки увеличивается объем желудочного сока и его кислотность, что говорит о гиперактивности парасимпатической системы.

Все многообразие вегетативных расстройств в клинике язвенной болезни в зависимости от уровня поражения подразделяют на сегментарные и надсегментарные. Рефлексотерапевтические методы оказывают положительное воздействие при сегментарных и надсегментарных расстройствах, которые делятся на:

1. висцеросенсорные (главный симптом - боль),

2. висцеромоторные (рефлекторно - тонические симптомы: снижение корнеальных и брюшных рефлексов, гипо- или гиперрефлексия сухожильных и периостальных рефлексов);

. висцерососудистые (снижение артериального давления, брадикардия, в период обострения язвенной болезни изменяется тонус сосудов головного мозга и др.)

Возникновение рефлекторных ганглионарно - сегментарных расстройств находится в прямой зависимости от длительности и тяжести заболевания и преморбидного состояния пациента.

При заинтересованности гипоталамо - стволовых структур возникают различные вегетативные нарушения. У больных изменяется сердцебиение, часто возникают боли в сердце, приливы, озноб, раздражительность, утомляемость, расстройство сна, снижение памяти.

**Физические методы лечения больных с язвенной болезнью.**

Лазеротерапия.

Используют плотность потока мощности 2 мВт / см2. Оптимально 0,3 - 1 мВт / см2. Время воздействия от 20 до 30 секунд на одну корпоральную точку. Минимальное время от 5 секунд до 4 минут на корпоральные и 30 секунд на аурикулярные точки. Суммарная энергия воздействия от 0,5 до 1 Дж.

По стимулирующему варианту облучают минимальное количество точек при максимально возможной энергетической облученности до 3 - 5 мВт / см2. Минимальное время воздействия 5 - 10 секунд.

По тормозному варианту максимум количества точек при средних величинах энергетической облученности 1 - 3 мВт / см2 и более длительное время воздействия на одну точку от 60 секунд до 1 - 3 минут. Оптимальная частота импульсного лазерного излучения около 30 Гц для стимулирующего эффекта и 50 - 100 Гц для тормозного эффекта по Илларионову.

Кокуркиным предложена частота повторения импульсов на аппарате УЗОР от 300 до 1500 Гц.

Продолжаются научные исследования о выборе наилучших параметров при воздействии лазерного излучения на биологический объект. Лазерная пунктура эффективно нормализует нейрогуморальные и функционально - морфологические изменения при язвенном поражении желудка и двенадцатиперстной кишки.

Последние 15 лет широко применяется крайне высокочастотная терапия. Электромагнитное излучение миллиметрового диапазона 1 - 10 мм крайне высокой частоты 30 - 300 Гц, интенсивность менее 10 мВт / см2.

Используется несколько направлений:

· Миллиметровая терапия,

· Микроволново - резонансная терапия,

· Информационно - волновая терапия.

Реализация лечебного эффекта происходит после поглощения кожными рецепторами КВЧ - излучения. Активизируется, гармонизируется эндокринная, иммунная системы, вовлекается в процесс центральная и периферическая нервная система, повышаются адаптационные приспособительные реакции организма.

Выбор точек основан на традиционных взглядах подбора рецепта. В рецепт включают точки, находящиеся в области живота, так и античные точки.

Точки нижних конечностей с точками живота или точки верхней и нижней конечности сочетаются крест на крест. Сначала одна пара, потом другая. Точки нижних конечностей с точками поясничной области.

При применении КВЧ - терапии на акупунктурные точки наступает быстрый эффект: исчезают клинические симптомы, в том числе и боль, нормализуется психологическое состояние, нормализуются лабораторные показатели, достигается длительная ремиссия, уменьшается тревожность, депрессивное и ипохондрическое состояние.

По профилю желудочно - кишечных заболеваний на диспансерном учете в МСЧ ГЗАС состоит 296 человек. Из них с диагнозом язвенная болезнь желудка - 40 человек, с диагнозом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 176 человек.

Работа проводится в двух направлениях:

· Сезонная профилактика рецидивов заболевания,

· Лечение в период обострения заболевания.

Ежегодно на учет ставятся больные с впервые выявленным заболеванием и снимаются с учета при условии отсутствия рецидивов в течение трех лет.

Весной и осенью больные получают ингибиторы протоновой помпы, антациды, комплекс физиолечения. Проводятся лабораторные методы исследования, консультации гинеколога, уролога.

ФГДС - контроль проводится ежегодно, даже при хорошем самочувствии у больных с язвой желудка.

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при обострении проводится обязательная биопсия. Берется мазок на наличие Helicobacter pylori. Проводится определение антител к Helicobacter pylori в крови.

Физиотерапия и рефлексотерапия при язвенной болезни желудка проводится только после результатов гистологического обследования. Иногда не представляется возможным взять материал из труднодоступных отделов в кардии, в выходном отделе желудка - такие больные лечатся только медикаментозно.

Возраст пациентов колеблется от 20 до 65 лет. Мужчин с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - 120 человек, а женщин - 56 человек. Из них 49% регулярно употребляют алкогольные напитки, 65% - курят от нескольких сигарет до 1 пачки в день и более.

В нашей работе мы используем различные технологии:

1. Иглорефлексотерапия.

2. Лазерная апунктура.

. Информационно - волновая терапия.

. Гомотоксическая акупунктура.

В комплексном лечении мы используем дополнительные методы:

1. Йогатерапия.

2. Аэрофитотерапия.

. Фитотерапия.

. Продукты пчеловодства - прополис.

. Мумие.

. Психотерапия.

. Гомотоксические препараты.

У пациентов с впервые выявленным заболеванием используем иглорефлексотерапию.

Первые два сеанса направлены на гармонизацию психо - эмоцоинальной сферы. При этом используются точки С - 5, С - 7, Е - 36. При нарушении сна и тревожных сновидениях: RP - 6, P - 5, Р - 9. При головокружениях: F - 2, F - 8, VB - 20, VB - 38, TM. При депрессивно - ипохондрическом синдроме: МС - 6, R - 1, GJ - 4.

Используем гармонизирующий вариант воздействия.

Как правило такие пациенты находятся в состоянии невроза или выраженной депрессии.

В следующие сеансы с раздражением средней силы колим главные точки, иглу периодически вращаем с целью стимуляции. Ежедневно VC - 13, VC - 12, E - 21, E - 25, E - 36, MC - 6.

Из дополнительных точек подбираем подходящие, в соответствии с синдромом.

При блокировке ци печени и желудка - VC - 12, F - 12 (острые боли, переполнение желудка, изжога, кислая рвота, налет на языке липкий, тонкий).

При синдроме пустоты и холода в желудке и селезенке (боли в желудке при надавливании, усиливаются после холодных блюд; конечности холодные, налет на языке тонкий, светлый) - V - 20, V - 21, VC - 4 (можно прогреть).

При накоплении слизистой жидкости и воды (больной страдает от чувства наполненности в груди, острая боль в подложечной области, повышенное слюноотделение, налет на языке липкий, белый, обильный) - VC - 14, V - 40, RP - 9,VC - 14.

При застое пищи - VC - 11.

При хроническом течение болезни берут точки от Th - VIII до Th - XII.

MC - 6 связывает меридиан перикарда с чудесным каналом ян - вэй - май, который компетентен в отношении заболеваний и болей желудка, сердца. язвенный болезнь патогенез физиотерапия

Е - 36 - одна из главных точек желудка.

Меридиан печени служит успокоению ци печени.

V - 20 b V - 21 лечат прижиганием, чтобы согреть и сделать проходимой область среднего обогревателя. Дополнительно прижигают (прогревают) VC - 4, что усиливает интенсивный огонь тела, а также транспортную и преобразующую функцию желудка и селезенки.

При скоплении слизи и жидкости применяют VC - 14, Е - 40, чтобы сделать проходимым средний обогреватель RP - 9 для укрепления селезенки и вымывания жидкости.

V - 17 - точка встречи или объединительная точка крови и RP - 6, поскольку оказывает влияние на 3 ян меридиана.

При ци блокировке - Е - 43, Е - 44, чтобы разрядить средний обогреватель и гармонизировать желудок.

Ушные точки: желудок, вегетативная нервная система, подкорка, двенадцатиперстная кишка. Выбираем 3 точки, иглы на 30 минут. Ежедневно. Проводят 10 сеансов, а потом делают перерыв на 7 - 10 дней. Затем курс повторяют несмотря на нормализацию и отсутствие болевого синдрома.

Болевой синдром исчезает после первых сеансов. У пациентов с длительным анамнезом заболевания проводится 3 курса.

Во время сеансов иглорефлексотерапии проводится аэрофитотерапия. Эфирные масла обладают антибактериальным, анальгезирующим, седативным, спазмолитическим и другими действиями.

При язвенной болезни мы в своей практике используем эфирные масла мяты, шалфея, фенхеля - они обладают выраженным анальгетическим и спазмолитическим действиями, оказывают положительное влияние на ЦНС. Улучшается самочувствие, снимается усталость, повышается работоспособность, исчезает чувство тревоги, улучшается сон.

Аэрофитотерапия проводится аппаратом АГЭД - 01. С его помощью идет насыщение лечебного помещения летучими компонентами эфирных масел. Применяем:

,1 - 0,25 мг / м3 фенхеля,

,79 - 0,86 мг / м3 мяты,

,89 мг / м3 шалфея.

Во время сеансов рефлексотерапии мы используем музотерапию: Китаро, Эолия и другие композиции, что также оказывает благотворное влияние на пациентов.

Лазерная пунктура проводится аппаратом УЗОР. При проведении лазерной терапии пациент принимает витамин Е (назначается 1 капсула в день в течении 15 дней). Выбор точек соответствует индивидуальному подбору в зависимости от симптоматики: VC - 12, VC - 13, VC - 6, E - 21, E - 45, E - 36, RP - 4, RP - 6, и другие.

Лазеропунктура влияет на нейрогормональную и вегетативную сферу больных, регулирует церебральную нейро- и гемодинамику и регенеративные процессы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, ускоряя процессы заживления язвенного дефекта.

Информационно - волновая терапия проводится аппаратом СТЕЛА - 1. Терапия проводится чаще всего в профилактических целях. В сезонный период - осенью, зимой. Метод не инвазивный, безболезненный. Доступный по времени. В обеденный перерыв служащие и рабочие успевают провести оздоровительные процедуры.

Рецепт составляется индивидуально, соответствуя исходному состоянию работника. Чаще всего это общеукрепляющие точки общего воздействия.

А также с помощью насадки осуществляется воздействие

· на аурикулярные точки: АР - 55, АР - 88, АР - 82, АР - 87, АР - 91, АР - 51;

· корпоральные точки: GJ - 4, GJ - 11, E - 36, RP - 6, MC - 6, TR - 5;

· на точки, расположенные в области живота по передне срединному каналу: VC - 9, VC - 17;

· на точки, расположенные в области живота по каналу желудка: Е - 19, Е - 21, Е - 25.

Лечебное действие ИВТ осуществляется широкополосным шумовым спектром в диапазоне частот 52 - 78 ГГц. На рецепт 3 - 4 - 5 точек. Время процедуры соответственно 15 - 20 - 25 минут.

ФРИ - фоновое резонансное излучение запись с препаратов актовегин и антибактериальных препаратов для проведения эрадикации. Кристалл - аппликатор записывают информацию с препарата через день. Лечение проводится 2 - 3 недели. При этом не оказывается патологического влияния лекарств на организм. Эффективность эрадикации подтверждается лабораторными методами исследований.

Антигомотоксическая терапия.

В возникновении заболевания язвенной болезни имеет значение хроническая аутоинтоксикация. Желудок выделяет мочевину, мочевую кислоту, индол, скатол, инфекционные токсины при наличие Helicobacter pylori, а так же гомотоксины в следствии симпатоадреналового или вагоинсулярного стресса.

Эффективно применение препарата мукоза композитум для проведения фармакопунктуры - по 2,2 мл на сеанс, по 0,1 мл - 0,4 мл на точку. Процедуры проводятся через 1 - 2 - 3 дня за № 15.

Таблетированные препараты пациенты принимают после фармакопунктуры: дуоденохель, гастрикумель, лептандра композитум.

Мумие по 20 - 50 мг в зависимости от конституции пациента один раз в день вечером.

Мед с маточным молочком по 1 чайной ложке в растворенном виде 3 раза в день на голодный желудок.

Прием настоев и отваров.

При язвенной болезни с повышенной кислотностью желудочного сока практикуем применение противовоспалительных, гипосекреторных, седативных, антимикробных, вяжущих, обволакивающих, мягчительных, антиспастических растений. А именно: зверобой продырявленный, календула лекарственная, кипрей узколистный, семя льна посевного, манжетка обыкновенная, подорожник большой, корни солодки голой, сушеница топяная, шалфей лекарственный.

При язвенной болезни с пониженной кислотностью желудочного сока принимают растения регенерирующего, сокогонного, противовоспалительного, вагоинсулярного, слизеобразующего, антиспастического действия. Среди них: горечавка желтая, грецкий орех, корни и ветки лимонника, липа сердцелистная, тысячелистник, мята, шиповник.

Принимают по пол стакана 3 раза в день за пол часа до еды.

Пациенты занимаются гимнастикой. Периодически формируется группа для обучения, релаксации.

Медицинская помощь в условиях МСЧ доступна. МСЧ находится на территории завода ГЗАС. Пациентам в ряде случаев не требуется лист нетрудоспособности. Лечение проводится при первых признаках обострения. Визит к врачу своевременен.

Ранняя помощь ведет к быстрому достижению эффекта. Обострение не развивается в полном объеме. Большее число пациентов проходит терапию профилактически, сезонно - весной и осенью.

Даже при снятии с диспансерного учета работники завода регулярно проходят курсовое лечение. Обходятся без дорогостоящей медикаментозной терапии в течение многих лет. У ряда больных ремиссия более 5 - 6 лет.

Таким образом, использование немедикаментозных средств лечения язвенной болезни и в частности методы рефлексотерапии (ИРТ, КВЧ, лазеропунктура) обеспечивает короткие сроки - до двух недель - достижения клинического эффекта, ликвидацию язвы, подтверждается ФГДС, достигается эрадикация, что подтверждается лабораторно - инструментальными методами, позволяет лечить амбулаторно, а не только в условиях специализированного стационара. Сезонная профилактика позволяет достигать длительных ремиссий.

Высокий эффект применения рефлексотерапии при язвенной болезни требует дальнейшего научного изучения, научного обоснования, а так же более широкого использования в лечебных учреждениях.

**Литература**

1. Алебастров А.П., Бутов М.А. Возможности альтернативной немедикаментозной терапии язвенной болезни желудка. // Клиническая медицина. 2005. - № 11.

2. Амиров Н.Б. Клиническая эффективность использования лазерной терапии в комплексном лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Казанский медицинский журнал, 2003. - № 3. Т. 84.

. Бурцев В.И., Принесликов Л.П. Результаты сочетанной иглорефлексо - и лазеротерапии больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в поликлинике. // Клиническая медицина. 2003. № 9.

. Вахрушева Я.М., Шкатова Е.Ю. Оценка терапевтической эффективности сочетанного применения низкоинтенсивного лазерного излучения и актовегина при трудно рубцующихся язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. // Терапевтический архив, 2003, № 9.

. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М., 1990.

. Дубровин Д.А. Трудные вопросы классической китайской медицины. Лен., 1991.

. Иванов В.И. Традиционная медицина. М., 1991.

. Иванченко В.А. Натуральная медицина. М., 2004.

. Илларионов В.Е. Техника и методики процедур лазерной терапии. М., 1994.

. Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. 1992.

. Информационно - волновые технологии в комплексной реабилитации пациентов в лечебных и санаторно - курортных учреждениях. // Материалы научной конференции. Томск, 2004. - с. 33 - 36.

. Кокуркин Г.В. Рефлексотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Чебоксары, 1995.

. Куликов А.Г. Роль физических факторов в терапии воспалительных и эрозивно - язвенных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2007. - № 6, с.3 - 8.

. Молостов В.Д. Практическое руководство по лечению заболеваний. М., 2008.

. Николаев Н.А. Избранные главы китайской акупунктуры. 1999.

. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. Мед. книга, 2000.

. Пономаренко Г.Н., Червинская А.В., Коновалов С.И. Ингаляционная терапия. С.-Пб., 1998.

. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии. С-Пб., «Балтика», 2005

. Самосюк И.З., Лысенюк В.Г. Акупунктура. 1994.

. Стояновский Д. Иглорефлексотерапия. Кортя Молдоеняска, 1981.

. Су Вэнь. Нэйцзин. 1994.

. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. М, 2006.

. Трэвис С.Пл., Тэйлор Р.Х., Мисевич Дж.Дж. Гастроэнтерология. М., 2002.

. Ушаков А.А. Практическая физиотерапия.- 2-е изд., испр. и доп.- М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.

. Хамрабаева Ф.И., Аляви А.Л. Лазерное инфракрасное излучение в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Терапевтический архив, 2003, № 3.

. Цзичжоу Ян. Большие достижения чжэнь - цзю. 2003.

. Циммерман Я.С., Попова Н.И. Лазерная терапия язвенной болезни: методики лечения, механизм действия, эффективность. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, холопроктологии. 2000. - № 2.

. Чернин В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (руководство для врачей). М., Медицинское информационное агентство, 2010.

. Чжу Лянь. Руководство по современной Чжэнь - цзютерапии. С. - Пб., 1992.

. Чэнь Син - Сюань. Изложение медицины. М., 2002.

. Шапкин. В.И. Рефлексотерапия. М., 2001.

. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой. Т. 1, 2. М., 2003.

. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. М., 2003.

. Эфендиева М.Т. Физиотерапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебная физическая культура. 2002. - № 4, с.53 - 54.